Ueber

Retroflexio uteri gravidi.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium des Herrn Obermedizinal-Hofrathes und Professors

Dr. W. F. C. v. Hecker,

der medicinischen Fakultät

vorgelegt

von

Leo Zantl,

approbirtem Arzt in München.

München 1878.

Kgl. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf u. Sohn.

Obgleich die Literatur über Lageveränderungen der schwangeren Gebärmutter bereits einen sehr grossen Umfang erreicht hat, so sei es mir dennoch erlaubt, die Rückwärtslagerung des schwangeren Uterus zum Gegenstande einer Dissertation zu machen, indem ich durch die Güte des Herrn Obermedizinalrathes Prof. Dr. v. Hecker in die Lage versetzt bin, über einige in der hiesigen geburtshülflichen Klinik zur Beobachtung gekommene Fälle zu berichten, die in Bezug auf die Erscheinungen, die dieses Leiden bietet, von Interesse sein dürften. Herrn Obermedizinalrath sei hiefür mein innigster Dank ausgesprochen.

Indem ich vorerst diese Fälle mittheile, werde ich mir nachher erlauben, einige allgemeine Betrachtungen über diesen pathologischen Zustand der Gebärmutter anzuknüpfen.

I. Fall: M. W., 27 Jahre alt, kam am 5. Februar 1873 in die hiesige Gebäranstalt mit sehr heftigen Schmerzen, so dass man vermuthete, da sie im 3. Monate der Schwangerschaft sich befand, sie möchte einen Abortus erleiden. Es stellte sich jedoch bald heraus, dass die Schmerzen von Ueberfüllung der Harnblase herrührten, denn nach Einführung des Catheters entleerten sich 2 Uringefässe voll Harn, worauf die Schmerzen schwanden. Bei näherer Untersuchung fand man einen retrovertirten Uterus, dessen Grösse ungefähr dem 3. Monate der Schwangerschaft entsprach. Derselbe war in der Kreuzbeinaushöhlung als eine derbe elastische Geschwulst zu fühlen, während der Muttermund bei stark verkürzter Vaginalportion hinter der Symphyse und an diese fest angepresst gefunden wurde, aus welchem Grunde die starke Harnverhaltung leicht begreiflich erschien.

Patientin gab an, dass sie vor 2 Tagen, nachdem sie sich mit Wassertragen sehr angestrengt hatte, plötzlich ein ziehendes, drängendes Gefühl im Unterleibe empfunden habe, so dass sie glaubte, sich einen Vorfall gehoben zu haben. Darauf ging sie zum Bader des Ortes, welcher ihr ein sehr kleines Kränzchen applicirte, das beim Nachhausegehen schon wieder herausfiel, dann nochmals eingeführt wurde, aber mit demselben Erfolg. Die folgende Nacht war unter den heftigsten Schmerzen verlaufen, da Pat. fortwährenden Drang zum Uriniren hatte, ohne denselben befriedigen zu können. Früh 9 Uhr ging sie dann zur Hebamme, welche ihr angeblich 3 Mass Harn mit dem Catheter entleerte, worauf sofort Erleichterung eintrat. Nachmittags 2 Uhr traten die Schmerzen wieder auf, da aber die Hebamme nicht anwesend war, und eine zweite, die die Kranke aufsuchte, den Catheter nicht einführen konnte, so begab sie sich in die Gebäranstalt.

Am 6. November wurde Patientin in der Klinik vorgestellt und wieder catheterisirt, wobei nicht sehr viel Urin abging. Man vermuthete, dass die Retroversion erst kürzlich während der Schwangerschaft entstanden sein müsse und stellte für die nächste Zeit die Reposition in Aussicht. Letztere wurde nun auch wirklich am nächsten Tage unter Chloroformnarkose vorgenommen. Da keine Adhaesionen vorhanden waren, so war die Zurückschiebung sehr leicht. Man brachte den Fundus uteri bis über das Promontorium hinauf, die Vaginalportion rückte mehr in die Mitte des Beckens und der Uterus blieb auch nachher in dieser Stellung. Die folgenden Tage konnte die Kranke ganz gut uriniren, fühlte keine Schmerzen und bei der Untersuchung am 10. Februar fand man den Uterus in ganz normaler Stellung; die Scheiden-Portion lag tief und war gegen die Kreuzbeinaushöhlung gekehrt, so dass also eher eine Anteversion vorhanden zu sein schien. Patientin wurde in diesem Zustande entlassen.

II. Fall: M. L., 21 Jahre alt, suchte am 23. November 1873 Morgens $1^1/_2$ Uhr die hiesige Gebäranstalt

auf. Sie gab an, schon 2mal eine Frühgeburt erlitten zu haben, und zwar die erste im 2. und die zweite im 3. Monate der Schwangerschaft, während sie jetzt sich bereits im 7. Monate schwanger fühlte. Ferner klagte sie seit 14 Tagen über Unwohlsein, Uebligkeiten und Erbrechen und wehenartige Schmerzen.

Gleich beim Eintritt in die Anstalt hatte sie eine Pulsfrequenz von 144 Schlägen in der Minute und eine Temperatur von 39,9° C. Kurze Zeit, nachdem sie in der Anstalt war, trat ein heftiger Schüttelfrost und einige Male Erbrechen von grünen Massen ein.

Bei der äusseren Untersuchung zeigte das Abdomen einen nicht sehr beträchtlichen Umfang, dagegen nach beiden Seiten hin deutliche Erhabenheiten. In der linken Seite war letztere hart und fest und etwa dem Kopfe des Kindes entsprechend, während sie in der rechten Seite weich war und von Flüssigkeit herzurühren schien. Die Harnblase war sehr angefüllt, indem nach Angabe der Kranken schon seit 8 Tagen kein Harn mehr abgegangen sei. Nach Application des Catheters wurde eine sehr grosse Menge stinkenden und eiweisshaltigen Urines entleert.

Die Erhabenheit auf der rechten Seite war bei Druck sehr empfindlich. Kindliche Herztöne waren nicht zu hören; aus den Brüsten konnte leicht Milch ausgedrückt werden. Bei der inneren Untersuchung stiess der Finger auf eine Geschwulst, welche Anfangs dem Scheidengewölbe zu entsprechen schien, jedoch bald zeigte sich, dass diess nicht der Fall sein könne, indem man keinen Muttermund fand. Da die Untersuchung sehr schmerzhaft war, so wurde Chloroformnarkose eingeleitet, nachdem vorher noch der Catheter angelegt worden war. Dabei ergab sich nun Folgendes:

Sobald man nach hinten auf den Tumor einen Druck ausübte, floss Harn ab. Der Muttermund war nirgends zu erreichen, wurde aber nach der ganzen Konfiguration des uterus zu urtheilen, rechts oben hinter der Symphyse vermuthet, und demnach eine Lateroflexio des Organes mit

Einklemmung seiner linken Seite in das kleine Becken angenommen. Diese Diagnose wurde auch durch die sofort angestellten Repositionsversuche bestätigt: während man durch 2 gegen den Douglas'schen Raum applicirte Finger die Geschwulst in die Höhe zu bringen suchte, wurde der uterus durch den Assistenten von Aussen so um seine Längsachse gedreht, dass der in der linken Mutterseite befindliche tumor nach rechts gerückt wurde. So gelang die Reposition und als Zeichen hiervon präsentirte sich sofort die portio vaginalis in der Führungslinie.

Die Pulsfrequenz ging sogleich nach der Reposition auf 116—120 Schläge in der Minute herab. Sodann erhielt die Kranke nach dem Erwachen eine Morphiuminjection, um möglicherweise die Ausstossung der noch nicht lebensfähigen Frucht hintanzuhalten.

Am 24. November betrug die Temperatur 37,5° C. und die Pulszahl 82—84 Schläge in der Minute. Die Schmerzen im Abdomen hatten nachgelassen, Erbrechen war nicht vorhanden. Der Harn, welcher wiederholt untersucht wurde, zeigte nur Spuren und zuletzt gar kein Eiweiss mehr. Das subjective Befinden der Schwangeren war günstig. Der innere Muttermund schien sich wieder zu schliessen, obwohl der Cervical-Kanal ziemlich kurz war.

Die am 26. November vorgenommene Messung ergab:

Leibesumfang = 86 Ctmtr.
Nabelhöhe = 17,5 „
Uterusgrund nach links = 28 Ctmtr.
in der Mitte = 27 „
nach rechts = 28 „
Entfernung der Spinae anteriores superiores = 24,2 Ctmtr.
„ „ Cristae = 28 Ctmtr.
Conjugata externa = 18 „
„ diagonalis = 11 „
„ vera = 9,2 „

Der äussere Muttermund war noch offen, der innere Muttermund geschlossen. Der Urin enthielt fast kein Eiweiss mehr. Die Portio vaginalis war nach rückwärts gerichtet.

Patientin versprach bei ihrem Austritt aus der Anstalt, sobald sich Wehen einstellten, sich wieder einzufinden. Da sie aber nicht mehr kam, wurden Nachforschungen angestellt und es ergab sich Folgendes:

Am 3. Dezember strengte sich die Schwangere dadurch sehr an, dass sie einen weiten Weg zu Fuss zurücklegte, um gerichtliche Verhandlungen abzumachen. In der Nacht vom 3. auf den 4. Dezember ruhte sie sehr gut aus und war ganz wohl. Am 4. in aller Frühe fing sie wieder ihren Marsch an und als sie gegen 8 Uhr Morgens wieder nach Hause gekommen war, verspürte sie Wehen. Es kamen deren 3 und mit der 3. war die Frucht ausgestossen. Das Kind, ein Knabe, war nicht ausgetragen, aber lebensfähig. Die Mutter stillte ihn nicht, und so kam es, dass er am 10. Tage nach der Geburt starb. Bei gutem Verhalten der Mutter wäre die Frucht, die sich gewiss 30—32 Wochen im uterus entwickelt hatte, wahrscheinlich ausgetragen worden.

III. Fall: J. E., 29 Jahre alt, wurde am 18. October 1872 vom hiesigen Krankenhause in die Gebäranstalt transferirt. Bei der Aufnahme gab Patientin an, dass ihr seit Mitte Mai d. J. die Periode ausgeblieben sei und dass von dort an ihr Leib allmählig sich vergrössert habe, so dass sie sich schwanger glaubte. In der Zwischenzeit sei die Periode noch einmal im Juni, aber sehr schwach, wiedergekehrt. Mit der Zunahme des Leibesumfanges stellten sich allmählig auch Beschwerden bei der Harn- und Stuhlentleerung ein. Es trat häufiger Drang zum Uriniren auf, wobei aber immer nur einige Tropfen Harnes unter krampfartigen Schmerzen in der Blase entleert werden konnten. Der Stuhlgang blieb oft 6—8 Tage aus. Sonstige Schmerzen im Unterleibe waren nur selten vorhanden. Wegen dieser Beschwerden begab sich Patientin Anfangs September zu einem hiesigen Arzt, der Chamillendämpfe in die Scheide verordnete, worauf eine heftige Blutung sich einstellte, die 9 Tage angedauert haben soll; desswegen wurde Patientin in das Krankenhaus und von da sofort in die Gebäranstalt verbracht.

Patientin hatte schon vor 6 Jahren ein lebendes, ausgetragenes Kind geboren, das aber nach 6 Wochen starb.

Die Untersuchung der Kranken ergab Folgendes: Der Leib war ausgedehnt ungefähr bis zur Grösse einer siebenmonatlichen Schwangerschaft, der Grund 3 Finger breit über dem Nabel; die Bauchdecke war ziemlich prall gespannt, der Uterus nicht abzugrenzen, keine Kindestheile zu fühlen, sondern überall ein gleichmässiger elastischer Widerstand, wie von einer mit Flüssigkeit erfüllten Geschwulst herrührend.

Bei der inneren Untersuchung fiel sogleich im Scheideneingang eine grosse Geschwulst auf, die von oben herab zwischen Scheide und Mastdarm sich hereinerstreckte und fast den ganzen Raum des kleinen Beckens ausfüllte. Hoch oben und ganz nach vorne gedrängt fühlte man die Vaginalportion; die cervix war für den Finger durchgängig bis zum inneren Muttermund. Durch das Zurückdrängen der Geschwulst bei der Untersuchung entleerte sich etwas trüber, stinkender Urin, wodurch man sich veranlasst sah, den Catheter zu appliciren. Durch diesen entleerte sich nun eine Menge trüben, jauchigen dicken Urines von sehr penetrantem Geruche, während allmählig der Leib zusammensank und schlaff wurde und so die Anschwellung des Bauches völlig verschwand. Bei bimanueller Untersuchung mit dem Finger im Muttermunde und mit der anderen Hand von den Bauchdecken aus glaubte man durch dieselben den Grund der unvergrösserten Gebärmutter zu fühlen. Die Geschwulst im Becken wurde nach Analogie eines anderen vor einiger Zeit beobachteten Falles, wo Retroflexio uteri diagnosticirt war, die Section aber ein peritonitisches Exsudat ergeben hatte, wegen der vollständigen Aehnlichkeit beider Fälle, ebenfalls für ein Exsudat gehalten, welches vom Douglasischen Raum aus zwischen Scheide und Mastdarm sich hineinerstreckte und einen bedeutenden Druck auf Harnröhre und Rectum ausübte. Die Täuschung war um so eher möglich, als die sonst bei retroflexio uteri gravidi regelmässig vorhandene grosse Schmerzhaftigkeit

bei der inneren Untersuchung in Folge sich entwickelnder Urämie-Obnubilation des Gehirns gänzlich fehlte.

Desshalb wurde Schwangerschaft ausgeschlossen und Patientin wieder ins Krankenhaus zurückverbracht.

Am 20. October trat der Tod unter beständiger Zunahme der urämischen Erscheinungen ein und die Section ergab nun eine Incarceration des im 4. Monat der Schwangerschaft befindlichen retroflectirten Uterus. Die Blase war enorm ausgedehnt und das Gewebe derselben so zerstört, dass bei der Herausnahme fast die ganze obere Hälfte abgerissen wurde. In dem retroflexirten uterus befand sich ein 16 Ctmtr. langer, wohlgebildeter, frisch abgestorbener Fötus, männlichen Geschlechtes, der dem 4. Monat, resp. der 16. Woche der Schwangerschaft angehörte. Erscheinungen von Peritonitis waren nicht vorhanden, auch an den Nieren keine Veränderung zu constatiren. Die Länge der cervix betrug bis zum Müllerschen Ringe 2,5 Ctmtr., Länge von dort bis zum fundus 10 Ctmtr., Breite am fundus 9 Ctmtr.

Was zunächst die Frage anlangt, ob die Retroversion oder die Retroflexion häufiger vorkomme, so steht fest, dass letzteres der Fall ist.

Der Widerstand, den die vordere Wand der Scheide dem Vordringen der Vaginalportion bietet, ist so gross, dass bei stärkerer Belastung des Uterus in der Schwangerschaft und dem dadurch bedingten Herabsinken desselben nach rückwärts in den Douglas'schen Raum, nothwendig eine Knickung derselben entstehen muss, die um so leichter eintritt, als in Folge der Schwangerschaft eine bedeutende Durchfeuchtung und dadurch hervorgerufene Schlaffheit des Uterusgewebes stattfindet. Nach Spiegelberg findet sich meistens weder die Flexion noch die Version deutlich ausgesprochen, sondern er nimmt eine bogenförmig mit der Concavität nach unten gekrümmte Cervix an. Martin be-

obachtete unter 42 Fällen nur 10 wo eine Version vorhanden, die Cervix also mit dem Muttermunde gegen die Symphyse gerichtet war. Veit fand unter 18 Fällen nicht eine einzige Retroversion. Es wäre nun sehr wohl anzunehmen, dass es sich immer um eine Flexion handle; denn, wenn im 3. Monate der Schwangerschaft der Uteruskörper in der Kreuzbeinaushöhlung liegt, so müsste, wenn keine Knickung vorhanden ist, der Muttermund nicht gegen die Symphyse, sondern gegen die vordere Bauchwand weiter oberhalb derselben gerichtet sein. Und wenn man nun wirklich bei Fällen im 4. Monate der Schwangerschaft die Cervical-Portion oberhalb der Symphyse mit nach vorne gerichtetem Muttermunde findet, so dürfte auch hier noch eine Knickung nicht auszuschliessen sein, wenn man in Betracht zieht, dass zu dieser Zeit der Uterus schon so ausgedehnt und in Folge dessen so weit herabgesunken ist, dass er mit seiner hinteren Wand die hintere Wand der Scheide nach vorne wölbt und der Fundus nach dem Beckenboden zu gerichtet ist, so dass also der Muttermund nach oben gerichtet sein müsste, um mit dem Fundus in gleicher Richtung zu liegen.

Gehen wir nun auf die Aetiologie dieses Krankheitszustandes über, so ist dies derjenige Punkt, der von jeher die meisten Meinungsverschiedenheiten hervorgerufen hat.

Eine der ersten ausführlichen Arbeiten hierüber haben wir von dem Engländer William Hunter. Dieser führte als erstes Moment ein unten weites mit wenig Fettgewebe gefülltes und oben enges Becken mit hervorspringendem Promontorium an. Wenn nun der Uterus wachse, so drücke er mehr auf den Hals, als auf den übrigen Theil der Blase, wodurch dann Harnverhaltung und dem zu Folge Ausdehnung der Blase entstehe. Wenn nun die Blase nicht gehörig entleert werde, so verhindere sie das Emportreten des zunehmenden Uterus und klemme ihn in das Becken ein. Bei noch stärkerer Ausdehnung steige dann endlich die Blase in die Bauchhöhle hinauf und ziehe die mit ihr zusammenhängende Cervix mit, wodurch dann die Retroversion vollendet sei.

Einige Zeit darauf behauptete Dr. Rigby, dass durch die Bauchpresse oder irgend eine äussere Schädlichkeit der Uterusgrund gegen den Mastdarm gedrückt werde und dass dann die dadurch hervorgerufene Kothverhaltung das Hinaufsteigen des an Volumen zunehmenden Uterus verhindere, bis endlich in Folge des durch die Kothansammlung veranlassten Drängens die vollkommene Rückwärtslagerung desselben bewerkstelligt sei.

In den letzten 30 Jahren bildete sich indessen eine ganz neue Anschauung über diesen Punkt, deren Begründer Tyler Smith ist. Dieser stellte nämlich die Behauptung auf, dass ein retroflectirter schwangerer Uterus meist schon im nicht schwangeren Zustand retroflectirt sei, und wenn nun Schwangerschaft eintrete, so entwickle sich in Folge seiner Ausdehnung als erstes Symptom die Harn- und Kothverhaltung und diese könne dann allerdings die Weiterentwicklung der Dislocation befördern, namentlich ziehe die mehr und mehr in die Bauchhöhle hinaufsteigende Blase die ihr adhärirende Cervix mit empor.

Diese Ansicht von Tyler Smith kann offenbar erst dann volle Anerkennung finden, wenn in einer hinreichenden Anzahl von Fällen die schon vor der Gravidität bestandene Rückwärtslagerung constatirt wurde. Bis jetzt ist diess nur in einer verhältnissmässig geringen Anzahl geschehen. Martin hat z. B. unter seinen 42 Fällen nur fünf Mal Gelegenheit gehabt, dieses zu constatiren. Derselbe läugnet, dass plötzlich durch eine äussere Einwirkung eine Retroflexion entstehen könne und sagt, dass man bei der Mehrzahl, wo ein so plötzliches Entstehen angegeben werde, annehmen müsse, dass die im 2. Monate der Schwangerschaft gewöhnlich bestehende physiologische Stellung des Uterus, bei welcher die hintere Wand desselben hinter der etwas tiefer stehenden Vaginalportion zu fühlen ist, länger als normal angedauert habe und dass erst daraus sich durch eine äussere Einwirkung eine Retroflexion bilde. Aus diesem Grunde, glaubt er, habe die Ansicht mancher Autoren, dass die Harnverhaltung eine Retroflexion veranlasse, ihre Be-

rechtigung. Wenn dagegen der Uterus normal gelagert sei, so könne nie eine solche Ursache die Beugung veranlassen. Martin meint, dass ein Uterus, der schon vor der Schwangerschaft retroflectirt sei oder im 2. Monate der Schwangerschaft normaler Weise diese Stellung habe, durch das Zunehmen des Gebärmutterkörpers sich vollkommen zurückbeuge und in dieser Stellung bleibe, sobald die runden Mutterbänder sich nicht im Verhältnisse zur Volumszunahme des Uterus entwickelten. Er nimmt an, dass diese Bänder vorzüglich aus quergestreiften Muskelfasern bestehen und stützt sich auf ein Experiment von Spiegelberg an einer Hingerichteten, wodurch dargethan wurde, dass diese Bänder bei Reizung den Gebärmuttergrund gegen den oberen Rand der Schambeine hinleiten. Wenn nun im 3. Monate der Schwangerschaft die runden Mutterbänder in Folge ihrer schlechten Entwicklung den etwas retrovertirten Uterus nicht nach oben und vorne ziehen, so werde dieser endlich in Folge seiner Vergrösserung einen Druck auf den Blasenhals ausüben und dadurch Ischurie veranlassen. Die Harnverhaltung werde aber dann ihrerseits wieder dazu beitragen, die Retroversion zu steigern, indem die gefüllte Blase von oben her auf die Gebärmutter drücke. Ebenso meint Martin, könne unter diesen obwaltenden Umständen eine starke Anwendung der Bauchpresse beim Heben von Lasten, beim Erbrechen etc. die Rückwärtslagerung vermehren.

Der letzte von uns mitgetheilte Fall scheint deutlich zu beweisen, dass die Ansicht von Tyler Smith doch nicht für alle Fälle passt, denn dass hier vor der Conception schon eine Retroflexion bestanden habe, ist bei der kräftigen Konstitution der bäuerlichen Patientin, bei der leichten Reponirbarkeit des Uterus, bei dem Fehlen aller Symptome, die für vorher bestandene Retroflexion sprechen könnten, sehr wenig wahrscheinlich, vielmehr scheint traumatische Einwirkung direct als Ursache bezeichnet werden zu müssen.

Ueberdies muss doch immer berücksichtigt werden, dass eine bedeutende Erschwerung der Conception von Seite eines derartig dislocirten Uterus besteht. Sehr häufig ist

mit diesem Zustande chronische Entzündung des Uterusgewebes verbunden; dadurch wird die ganze Schleimhaut oft vom äusseren Muttermunde bis zum ostium abdominale der Tuben verdickt und angeschwollen und das Durchtreten des Samens und des Eies verhindert. Ausserdem ist auch in manchen Fällen die Deviation der Cervix im Stande, die Conception zu vereiteln.

Was nun den Umstand betrifft, dass in seltenen Fällen trotz der Knickung des Uterus, Conception stattfindet, so glaubt Holst, dass hier gewöhnlich vorher die Complicationen beseitigt seien. Doch könne auch ohne diess die Conception eintreten und hier meint derselbe Autor handle es sich um eine normale Stellung der Vaginalportion bei bestehender Knickung des Uterus.

Die Symptome, welche durch diese Lageveränderung des Uterus hervorgerufen werden, sind in den ersten zwei Monaten so unbedeutend, dass sie meist als allgemeine Erscheinungen der Schwangerschaft angesehen werden. Es kommen zu dieser Zeit häufig Kreuzschmerzen, Druck nach unten, Harndrang, Stuhlverstopfung etc. vor, lauter Symptome, die auch bei einfacher Schwangerschaft auftreten. Daher mag es auch kommen, dass der Arzt zu dieser Zeit selten einen retroflectirten Uterus zur Beobachtung erhält. Wenn nun der Uterus durch das Wachsen der Frucht an Umfang zunimmt, so tritt er meistens von selbst in die Bauchhöhle empor und es erfolgt dann ein normaler Verlauf der Schwangerschaft.

In seltenen Fällen kann aber dieses Hinauftreten des Uterus ein unvollkommenes sein, wie diess in dem zweiten der oben angeführten Fälle stattgefunden hat. Es handelt sich hierbei um eine sogenannte partielle Retroflexion, wobei nur ein Theil des Uterus und der Frucht in dem kleinen Beckenraum zurückbleibt, die Cervix hinter der Symphyse oder oberhalb derselben steht, während die vordere Uterus-Wand mit den in ihr liegenden Kindestheilen nach oben in die Bauchhöhle empor wächst. Dieser Zustand kann unter Umständen von Einklemmungserscheinungen gefolgt sein,

wie der angeführte Fall beweist, meist aber nimmt die Schwangerschaft ihr normales Ende. Ein ähnlicher Fall wird von Oldham berichtet, wo der Kopf im hinteren Scheidengewölbe, das Beckenende hingegen in dem 3 Zoll oberhalb der Symphyse befindlichen Muttermunde zu fühlen war.

Olshausen glaubt, dass es sich hier stets um einen sehr schlaffen Uterus handle, der allmälig schon vom 4. Monate an aus dem Becken emporsteige, jedoch unvollkommen. Die Reposition hält er für leicht, aber erfolglos, da sofort das Organ wieder in das kleine Becken zurücksinke. Die letztere Ansicht von Olshausen scheint jedoch nicht ganz richtig zu sein, indem eben bei unserem Fall die Reposition den Erfolg hatte, dass einmal die Incarcerations-Symptome beseitigt wurden, dass der Uterus nach der Reposition in normaler Stellung blieb und nicht mehr eingeklemmt wurde und dass die Schwangerschaft höchst wahrscheinlich bei zweckdienlichem Verhalten der Schwangeren ihr richtiges Ende erreicht hätte.

Sehr häufig tritt bei Frauen, die an Retroflexion leiden, in Folge der dabei bestehenden Metritis, Abortus ein, ehe irgend welche Erscheinungen darauf hindeuten, dass eine Retroflexion vorhanden sei und erst die Untersuchung im Beginne des Abortus zeigt dann die bestehende Lageveränderung.

Weniger häufig kommt es zu ernsten Krankheitserscheinungen, nämlich dann, wenn im dritten oder vierten Monate die Einklemmung des Uterus in den Raum des kleinen Beckens erfolgt.

Je stärker der Uterus durch sein fortwährendes Wachsen retroflectirt wird, desto mehr drückt seine Vaginalportion auf den Blasenhals oder auf die Urethra und es entsteht dadurch allmälig eine vollkommene Verhaltung des Harnes. Die Schwangeren klagen Anfangs über Harndrang und ungenügende Harnentleerung, indem letzterer nur tropfenweise abfliesst, schliesslich aber ist der Druck, den der Scheidentheil auf den Blasenhals ausübt, so stark, dass von selbst kein Urin mehr gelassen werden kann. Die Blase füllt

sich in kurzer Zeit so an, dass sie bis über den Nabel emporsteigt und es sind Fälle bekannt, wo selbst in den Harnleitern und Nierenbecken die Stauung sich geltend machte. Es kann bis zur Nephritis kommen und dadurch Tod durch Uraemie veranlasst werden, wie uns Bamberger einen derartigen Fall berichtet. Aehnliche Fälle sind veröffentlicht von Lange, Ranik, Ramsbatham und Martin. Unser dritter Fall nahm seinen lethalen Ausgang gleichfalls durch Uraemie.

Dauert nun diese vollkommene Harnverhaltung einige Zeit an, so wird der Harn ammoniakalisch und durch den dadurch entstehenden Reiz auf die Blasenwand bildet sich allenthalben eine Entzündung ihres Gewebes, die ganz enorme Zerstörungen desselben zur Folge haben kann. Es sind Fälle bekannt, wo durch Gangrän die Blasenschleimhaut theilweise oder in grossen Stücken zerstört und abgestossen wurde. Spiegelberg führt in seinem Lehrbuche einen Fall von Schatz*) an, wo die ganze Schleimhaut zum Theil mit der inneren Schichte der Muskulatur sich ablöste. Ja in der neuesten Zeit sind sogar Fälle zur Beobachtung gekommen, wo sämmtliche Schichten der Blasenwand, also auch Theile des Peritoneums in dieser Weise zu Grunde gingen.

Einen solchen Fall hat Frankenhäuser bei Gelegenheit der Münchener Naturforscherversammlung veröffentlicht, und auch unser dritter Fall zeigte bei der Section eine vollkommene diphterische Zerstörung sämmtlicher Schichten der Harnblase, so dass die obere Hälfte derselben bei leichtem Anzuge in der Hand des Obducenten blieb.

Einen anderen ebenso interessanten Fall finden wir in der Wiener Medizinischen Wochenschrift 1877 Nr. 51 u. 52 beschrieben von Madurowicz.

In diesem Falle zeigte sich am 21. Tage nach der Reposition an der Harnröhrenmündung ein dieselbe verlegendes Gebilde, das als eine schmutzig graue, sehr stinkende

*) Archiv für Archäologie, Band I.

wie gewunden aussehende Membran erkannt wurde, von Fingerdicke und 2 Zoll aus der Harnröhrenmündung herausragend. Da das Herausziehen nicht gelang, so wurde die Ausstossung der Natur überlassen, die dann auch am nächsten Tage erfolgte. Die Peripherie des ausgestossenen Stückes betrug 44 Centimeter und umgab eine Fläche von ungefähr 208□ Centimeter. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurden sowohl Theile der Schleimhaut, als auch der Muskulatur und des Peritoneums nachgewiesen.

Geringer sind die Erscheinungen, welche der Druck des Uterus auf das Rectum hervorruft. Es entsteht Koth- und Gasverhaltung oberhalb der comprimirten Stelle und dadurch starker Meteorismus. Dazu kommt beständiges Drängen zur Darmentleerung, Spannung im Unterleibe, endlich auch Erbrechen, das sich in einzelnen Fällen bis zum Kothbrechen steigern kann. Ferner treten Hämorrhoidalbeschwerden auf, indem diese Venen in Folge des Druckes auf die Beckengefässe sehr stark anschwellen.

Sobald die Einklemmung eingetreten ist, zeigt auch der Uterus stärkere Reizerscheinungen. Er schwillt an und wird bei Berührung sehr schmerzhaft. Es können Blutungen aus dem Uterus auftreten. Der Fundus wird durch die Schwere der Frucht und durch die angesammelte Harn- und Kothmenge nach abwärts gedrängt, wölbt dann folgegemäss die hintere Scheidenwand nach vorne und unten hervor und es kann in seltenen Fällen bis zur Zerreissung derselben kommen. Dieses sind dann Ursachen genug, um die Fortdauer der Schwangerschaft in Frage zu stellen. In den höchsten Graden der Einklemmung, wo der Fötus den normalen Geburtsweg nicht mehr zu passiren im Stande ist, kann durch bedeutende Auflockerung und Zerstörung des Gewebes sogar eine Berstung der Gebärmutterwand eintreten.

Ein höchst merkwürdiger Fall wird uns von Guichard berichtet. Eine im Februar schwanger gewordene Frau empfand im März die ersten Beschwerden einer eingetretenen Retroversion; mehrere Versuche, die Lageveränderung zu

heben, blieben fruchtlos, worauf die Symptome sehr bedenklich wurden. Trotz der eintretenden Umfangszunahme des Uterus erfolgten die Stuhl- und Harnentleerungen noch immer regelmässig. Im April zeigten sich die Vorboten eines Abortus, ein solcher erfolgte jedoch nicht. Im August und September, also im 7. und 8. Monate der Schwangerschaft, trat eine kaum stillbare Diarrhoe ein, worauf stinkende Massen durch die Genitalien abgingen. Im Dezember, nachdem die Frau schon längere Zeit ihre häuslichen Geschäfte wieder besorgt hatte, fühlte dieselbe nach einer starken Dehnung des Körpers einen heftigen Tenesmus; es war ein Knochenstück im Mastdarm zu bemerken, welches hervorgezogen und als die Hälfte des Stirnbeines eines 3—4-monatlichen Fötus erkannt wurde. Eine Untersuchung des Mastdarmes ergab eine Oeffnung an dessen vorderer Wand, durch welche hindurch man ein Convolut von Knochenstückchen fühlte, deren im Verlaufe der nächsten Zeit noch mehrere abgingen. Zwei Jahre nachher befand sich die Frau ganz wohl. Die Menstruation erfolgte regelmässig, Schwangerschaft trat aber nicht mehr ein. Der Uterus hatte seine normale Richtung, war aber bedeutend voluminös, was Guichard von in seiner Höhle zurückgebliebenen Fötusresten herrührend angibt.

Um zu zeigen, welch' verschiedene Symptome eine Incarceration des retroflectirten schwangeren Uterus hervorrufen kann, mögen folgende Fälle in Kürze angeführt sein.

Credé beobachtete bei einer dreissigjährigen Frau Ohrensausen, Schwerhörigkeit, Diarrhoen und Erbrechen, stinkenden Ausfluss aus der Scheide, grosse Unruhe und eine Pulsfrequenz von 100 Schlägen, so dass das ganze Krankheitsbild dem eines Typhus glich. Sämmtliche Erscheinungen verschwanden aber kurz nach der Reposition.

Brian beobachtete einen Fall mit unstillbarem Erbrechen in Folge von Retroflexionen, wo dasselbe mit der Reposition aufhörte. Er empfiehlt daher auch, an eine Lageveränderung des Uterus zu denken, sobald dieses Symptom bei einer Schwangeren sich zeige.

Im Jahrgange 1871 der Lancet ist eines Falles Erwähnung gethan, wo eine Erstgeschwängerte mit peritonitischen Erscheinungen zur Beobachtung kam. Es waren Harndrang und später Ischurie vorhanden. Die Reposition des stark retroflectirten Uterus mittelst Colpeurynter von der Scheide aus misslang. Es trat hohes Fieber ein und bald Collaps. Der Catheterismus war höchst schwierig. Plötzlich erfolgte heftige Peritonitis und Tod. Bei der Section ergab sich folgender Befund:

Frische Peritonitis. Alte Adhäsionen fanden sich zwischen Uterus, Blase, Darm und Netz und hatten die Reposition unmöglich gemacht. Dilatation der Ureteren und Nierenbecken. Die Harnblase zeigte erweichte Schleimhaut und eine doppelte Perforation der Wandung, einmal in die Scheide, sodann in die Peritonealhöhle.

Bezüglich der Diagnose sei in Kürze erwähnt, dass dieselbe in den meisten Fällen keine besonderen Schwierigkeiten bietet, wenn man das Ergebniss der inneren und äusseren Untersuchung nebst den Erscheinungen, die die Schwangere bietet, ins Auge fasst. Sie kann aber manchmal sehr erschwert werden, nämlich, wenn durch eine Peritonitis, die sich zur Retroflexion hinzugesellt hat, resp. durch letztere veranlasst worden ist, die Untersuchung sehr schmerzhaft und somit fast unmöglich gemacht wird. Verwechseln lässt sich die Retroflexion des Uterus mit Extrauterin-Schwangerschaft oder auch peritonitischen Exsudaten im Douglas'schen Raum, ferner mit Ovarientumoren und Uterus-Fibroiden. So wurde auch in unserem dritten Falle ein peritonitisches Exsudat im Douglas'schen Raume diagnosticirt, was dadurch leicht veranlasst wurde, dass man nach der Entleerung der Blase den Grund der unvergrösserten Gebärmutter zu fühlen glaubte, ferner dadurch, dass kurze Zeit vorher ein gleicher Fall vorkam, wo ein solches Exsudat für eine Retroflexion gehalten wurde.

Hat man nun eine Retroflexion im Anfange der Schwangerschaft diagnosticirt, so müssen vor Allem alle Körperanstrengungen untersagt werden, die das Leiden verschlimmern

könnten, insbesondere das Heben von Lasten. Es muss fortwährend für eine regelmässige Entleerung des Darmes und der Harnblase gesorgt werden und der Kranken namentlich gegen den vierten Monat hin Bettruhe und zwar in häufiger Seitenlage empfohlen werden. Ist es aber bereits zu Einklemmungserscheinungen gekommen, so ist auch hier vor allem Bettruhe nöthig. In nächster Reihe müssen dann die Beschwerden von Seite der Blase entfernt werden, welche der Kranken grosse Schmerzen und Unruhe verursachen. Es handelt sich also um die Entleerung der Blase, welche aber oft bedeutende Schwierigkeiten bietet. Man kommt hierbei mit einem weiblichen Catheter nicht leicht zum Ziele, sondern viel eher mit einem gebogenen männlichen. Gelingt es, die Blase ordentlich zu entleeren, so lassen auch meistens die Symptome in ihrer Heftigkeit sogleich nach und man kann dann sofort an die Reposition des Uterus gehen. Manchmal muss wiederholt in kurzen Zwischenräumen der Versuch des Catheterismus gemacht werden und wenn man auch dann noch nicht zum Ziele kommt, so kann sogar eine Punction der Blase nöthig werden.

Die Entleerung des Darmes gelingt meist nicht besonders gut. Wenn Meteorismus vorhanden ist, so kann die Einführung eines langen Darmrohres versucht werden.

Indem man diese Behandlungsweise fortsetzt, kann man eine spontane Reposition erzielen, wie aus verschiedenen Statistiken hervorgeht. Martin hat eine solche unter 42 Fällen 5 Mal, Busch unter 75 behandelten Fällen 69 Mal erzielt. Tritt aber eine solche nicht ein, so wird die künstliche Reposition vorgenommen und zwar in Seiten- oder Knie-Ellenbogenlage. Man geht zu diesem Behufe mit 2—4 Fingern in die Scheide oder in den Mastdarm ein und sucht nun durch fortwährendes Aufwärts- und Seitwärtsdrängen des Uterus, denselben neben dem Promontorium vorbei emporzuschieben. Gelingt diess das erste Mal nicht, so muss der Versuch wiederholt werden. Man kann auch mit dem Daumen in die Scheide eingehen, während zugleich ein paar Finger durch das Rectum vordringen und zwar zu

dem Zwecke, um den Beckenboden etwas zu heben und dadurch höher hinaufzugelangen. Gelingt die Reposition mit den Fingern nicht, so können verschiedene Instrumente in Anwendung kommen, deren Vortheil aber von vielen Seiten bestritten wird. Favrol z. B. hat einen Apparat empfohlen, der durch eine allmälige Füllung einer in den Mastdarm eingelegten Kautschuk-Blase mit Luft den Uterusgrund erheben soll. Wohlgemuth empfiehlt die Colpeuryse. Das beste Instrument bleibt jedoch immer der Finger, denn dieser allein macht eine beständige Kenntniss der Sachlage und ein zweckdienliches Aufwärtsschieben des Uterus möglich.

Bleiben alle Repositionsversuche erfolglos, so ist, um vielleicht den Tod der Mutter zu vermeiden, die Einleitung des künstlichen Abortus durch die freilich sehr schwer zu erreichende Cervix hindurch oder durch Punction des Uterus angezeigt, und zwar entweder von der Scheide oder vom Mastdarm aus. Dadurch wird das Volumen des Uterus bedeutend verkleinert, so dass dann die Reposition leicht gelingt und die spontane Ausstossung der Frucht bald erfolgt.

Um den reponirten Uterus in der normalen Lage zu erhalten, empfiehlt Schroeder das Einlegen eines Mayer'schen Kautschukringes. Ferner muss noch längere Zeit Bettruhe mit Vermeidung der Rückenlage beobachtet werden. Desgleichen ist die Entleerung der Blase und des Darmes fleissig zu überwachen.